ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA “CASA DE SALUD VALDECILLA”.




# Aspectos fundamentales del comportamiento suicida y su prevención.

Fundamental aspects of suicidal behavior and its prevention.

Trabajo fin de grado.
Área de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

**Autora: Flor González Ganzábal.**
**Directora: Ángela Fernández Rodríguez.**

**Julio de 2016**




Estudios de Grado en Enfermería. Universidad de Cantabria.



*"El suicidio es una solución eterna*

*para lo que a menudo es un*

*problema temporal."*

E. Ringel, 1998.




# Índice.




## Resumen.

Alrededor de 800.000 personas se quitan la vida anualmente y muchas más cometen intentos suicidas, lo que representa un grave problema social y sanitario a nivel mundial. En este trabajo se pretende obtener información relevante sobre los factores de riesgo y protectores que acompañan al suicidio, desmentir ciertos mitos, analizar algunas curiosidades e identificar cuáles son las principales estrategias de prevención que existen en la actualidad.

Existen diversos factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de que un individuo llegue a cometer un acto suicida. También es posible identificar factores protectores que disminuyen las probabilidades de suicidarse. Además, existen ciertos mitos y falsas creencias que resulta necesario desmentir para que estas personas no se escondan ni tengan miedo a pedir ayuda por temor a las etiquetas que la sociedad les pueda adjudicar.

Es necesario que los países cuenten con una buena red de prevención y apoyo para los sujetos que presenten este tipo de comportamientos, de manera que sea posible intervenir precozmente y evitar miles de muertes cada año. Esto se consigue formando a la población general y, de forma más específica, a los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** Suicidio, prevención de enfermedades, atención de enfermería, factores de riesgo, factores protectores.

**Abstract:** About 800,000 people kill themselves each year and many more commit suicide attempts, which represent a serious social and health problem worldwide. This paper intends to obtain relevant information on risk and protective factors accompanying suicide, dispel several myths, analyze some curiosities and identify the main prevention strategies that exist today.

There are several risk factors that can increase the chances that an individual comes to commit a suicidal act. It is also possible to identify protective factors that decrease the likelihood of suicide. In addition, there are certain myths and false beliefs that need to be proved wrong for these people not to hide or be afraid to ask for help for fear of labels that society can award them.

It is necessary for countries to have a good prevention and support network for subjects who present this type of behavior, so it is possible to intervene early and prevent thousands of deaths each year. This is achieved by forming the general population and, more specifically, health professionals.

**Key words:** Suicide, disease prevention, nursing care, risk factors, protective factors.



## Introducción.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la palabra suicidio proviene del latín *sui*, sí mismo y *–cidium*, matar[1]. Matarse a sí mismo. Este acto ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, y ha sido interpretado de muy diversas formas durante el paso de los siglos, dependiendo de las características socioculturales y demográficas de cada época. Durante toda nuestra historia, hemos presenciado cómo grandes personajes eran protagonistas de este tipo de muerte; Séneca, Cleopatra, Nerón, Ernest Hemingway, Salvador Allende y más recientemente, el actor Robin Williams, son un claro ejemplo.

En la Edad Antigua, pueblos como los galios, celtas, hispanos, vikingos, nórdicos o visigodos aceptaron socialmente el suicidio en situaciones como la vejez, dolor crónico, enfermedad grave o en la pérdida de un ser querido. En la cultura asiática, estaba considerado como un acto de honor tras la derrota o para purificación del alma, y se llevaba a cabo mediante una ceremonia mundialmente conocida como *Harakiri*[2].

Durante la Época Clásica, el acto de suicidarse comenzó a estar mal visto por la población, aunque el Estado lo permitía en situaciones muy determinadas. Tal es así, que personajes como Platón o Aristóteles rechazaron por completo este tipo de práctica reconociendo que suponía un grave daño hacia la propia sociedad[2].

En Roma, el suicidio fue considerado un acto heroico entre personajes importantes de la política. No obstante, la mayoría de los ciudadanos romanos, lo consideraban un acto impuro si no se realizaba por cuestiones de honor o enfermedad grave[2].

No fue hasta la Edad Media, con la llegada de la Iglesia Católica, cuando el suicidio se convirtió en un acto punible. Tras un suicidio, la realización de los pertinentes actos religiosos no se llevaba a cabo y no se permitía dar sepultura a los cadáveres en el cementerio. La memoria de la persona era desprestigiada y todas sus posesiones quedaban confiscadas. Se consideró que iba en contra de la Ley Natural e incluso se llegó a catalogar de homicidio. Es así como se convirtió en un tema tabú entre la población cristiana[2].

Con la llegada del Renacimiento y los nuevos intelectuales de la época, la idea de condenar el suicidio se vuelve más liviana, puesto que la manera de pensar de la sociedad cambió drásticamente en contraposición a los férreos valores católicos de la Edad Media[2].

A lo largo del siglo XIX se produjeron grandes cambios sociodemográficos y surgió el denominado *Método Científico*. Los nuevos investigadores comienzan a plantearse el origen de este comportamiento; aparecen las primeras investigaciones sobre las causas sociales, psicológicas y ambientales que influyen en la persona a la hora de tomar esta decisión, así como los primeros estudios clínicos[2].

En la actualidad, el suicidio está considerado como uno de los grandes problemas de salud de la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[3], anualmente alrededor de 800.000 personas se quitan la vida intencionadamente en el mundo. En España, el suicidio se sitúa en el año 2013 como la principal causa externa de muerte[4]. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de suicidio (por 100.000 habitantes) en hombres fue de 12,7 en el año 2013 y 4,1 en mujeres. En total murieron 3.870 personas por este motivo; 2.911 hombres y 959 mujeres[4].




**Tabla 1.** Tasas de mortalidad por causas externas. 2013 (por 100.000 habitantes).

| | Hombres | Mujeres |
|---|---|---|
| **Total** | **40,4** | **22,9** |
| Accidentes de tráfico de vehículos de motor | 6,0 | 1,8 |
| Otros accidentes de transporte | 1,1 | 0,3 |
| Caídas accidentales | 5,8 | 5,6 |
| Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales | 5,1 | 4,4 |
| Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes | 0,4 | 0,3 |
| Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso | 1,9 | 0,8 |
| Otros envenenamientos accidentales | 0,8 | 0,3 |
| Otros accidentes | 4,4 | 3,8 |
| Suicidio y lesiones autoinfligidas | 12,7 | 4,1 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. 2013. Disponible en:
http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2013/&file=pcaxis

En el paradigma legislativo actual de España, se contempla el suicidio como un acto punible. En el caso de que una persona facilite la consumación del suicido a otra, ésta podrá ser juzgada y enfrentarse a una pena de entre 2 y 10 años de prisión, y así lo decreta el artículo 143 del Código Penal en la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre[5]:

*1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*

*2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*

*3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegase hasta el punto de ejecutar la muerte.*

*4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo*[5].

El suicidio se encuentra presente en todos rangos de edad, aunque estudios recientes han revelado que es en la ancianidad donde más suicidios se llevan a cabo. En todos los países del mundo existe este grave problema, especialmente en los de bajo-medio nivel socioeconómico[3].

La enfermedad mental y el consumo de tóxicos se encuentran fuertemente relacionados con este tema. Los profesionales sanitarios en general, y los especialistas en salud mental en particular, luchan para identificar los factores de riesgo que propician la toma de esta decisión en la población y realizar planes de detección precoz para disminuir y prevenir este acto devastador tanto para la persona que lo ejecuta, como para sus seres queridos.

También, es importante acentuar lo estigmatizados que se encuentran los problemas de salud mental, por lo que muchas personas que sufren alguna alteración de este tipo, prefieren no acudir a un profesional por miedo a lo que pueda pensar su círculo social más próximo. Esto



conlleva un empeoramiento paulatino de su estado, que no es atendido ni controlado hasta el punto de poder concluir con la muerte del individuo. En otras ocasiones, el paciente puede estar acudiendo a la consulta de un profesional de la salud mental, sin embargo, prefiere mantener oculta esta información a familiares y personas cercanas. Esto implica que las personas que conviven con el individuo en el día a día no se encuentren en estado de alerta para determinar signos y síntomas de alarma. De esta manera, resulta sencillo pasar por alto comportamientos, comentarios o actitudes que en una situación de normalidad carecerían de importancia, pero que en una situación de ideación suicida, resultan definitorios para evitar un trágico final.

En este trabajo, se abordarán temas expuestos en diferentes capítulos como el suicidio y sus componentes, fases del suicidio, factores de riesgo y protectores, falsos mitos y creencias, curiosidades y estrategias de prevención.

Objetivo general.

- Analizar diferentes aspectos relacionados con el suicidio y el comportamiento suicida.

Objetivos específicos.

- Detallar las diferentes fases del suicidio.
- Describir los distintos factores de riesgo y factores protectores que intervienen en el suicidio.
- Identificar qué factores de riesgo son modificables y por lo tanto, susceptibles de intervención.
- Analizar los falsos mitos y creencias sobre el suicidio.
- Determinar cuáles son las principales actividades y estrategias de prevención que el personal de enfermería debe llevar a cabo, así como las distintas modalidades terapéuticas.

Estrategia de búsqueda.

- En primer lugar, se procede a la búsqueda y selección de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) y Medical Subject Headings (MeSH): Suicidio/suicide, factores de riesgo/risk factors, prevención primaria/primary prevention, factores de protección/protective factors.

- También se ha realizado una búsqueda utilizando palabras clave no incluidas en tesauros de Ciencias de la salud: escalas de valoración, mitos, legislación, prevención, curiosidades.

- Tras la obtención de los Descriptores adecuados, comienza la búsqueda de artículos científicos en diversas bases de datos: Cochrane Library Plus, Cuiden/Cuiden Plus, Dialnet, Google Académico, GuiaSalud, Pubmed, PsicoDoc, Ucrea de la Universidad de Cantabria y Scielo.

- En las distintas bases de datos consultadas, se ha afinado más la búsqueda utilizando varios filtros: Artículos publicados a partir de 2010, idioma: español/inglés, texto completo, acceso gratuito.

- Así mismo se ha procedido a buscar información en páginas web oficiales*: Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e*




*Igualdad, Instituto Nacional de Estadística, Instituto Médico Español y Boletín Oficial del Estado.*

- En una segunda búsqueda bibliográfica, recopilando información más específica para alguno de los apartados, se han encontrado artículos pertinentes previos al 2010.

- Para la organización de las referencias bibliográficas se ha utilizado la aplicación RefWorks así como las páginas web Fisterra y Unican para consultar las normas de citación en el estilo Vancouver.

Esta monografía consta de 5 capítulos. El primero describe los componentes del suicidio: los elementos de la ideación suicida, tipología del suicidio, síndrome presuicidal y características comunes de la persona con comportamientos suicidas.

El segundo y tercero analizan los factores de riesgo modificables, no modificables y protectores, respectivamente. El cuarto analiza curiosidades del suicidio e intenta desmentir ciertos mitos.

Por último, el quinto capítulo detalla las principales estrategias de prevención que se pueden llevar a cabo para evitar que las personas cometan actos suicidas.

# 1 El suicidio y sus componentes.

El suicidio está considerado mundialmente como una de las variantes de violencia con más prevalencia[3]. No obstante, es preciso destacar que este hecho no constituye simplemente la muerte del individuo, sino que existen unos comportamientos y acciones específicas que se encuentran alrededor del mismo, y que preceden a la propia muerte en sí. Resulta crucial conocer estas conductas a nivel profesional, para poder detectarlas a tiempo y de esta forma intervenir de manera inmediata, con el fin de evitar que continúe la evolución de este proceso que resulta tan devastador.

A continuación, se realiza una recopilación dividida en diferentes apartados en los que se detallan los componentes de la ideación suicida, las variedades de actos autolíticos que el individuo puede llegar a realizar, el síndrome presuicidal, que se concibe como los sentimientos y acciones que la persona experimenta justo antes de consumar el suicidio, y por último, el conjunto de sensaciones físicas y psíquicas que los sujetos perciben de forma generalizada desde las primeras etapas.

## 1.1 Elementos de la ideación suicida.

Resulta un hecho que el suicidio es un proceso que comienza con pequeñas manifestaciones en la conducta del sujeto que denotan un deseo de autodestrucción[6]. Estos razonamientos van en aumento dentro de la mente del suicida hasta que se perpetra el acto.

Las ideas suicidas se constituyen como una serie de pensamientos intrusivos y reiterativos que el individuo presenta sobre cómo provocar su propia muerte, de qué manera realizarlo, qué objetos y/o métodos utilizar y en qué circunstancias[6].




Existe una gran controversia a la hora de clasificar los distintos elementos de la ideación suicida, sin embargo, la comunidad científica reconoce unas particularidades concretas en esta forma de pensamiento mediante las cuales el individuo intenta comunicarse[7]:

- **La amenaza de suicidio.** Se trata de una manifestación verbal o no verbal por parte del sujeto de sus intenciones de quitarse la vida. Generalmente suele dirigirse a sus personas más allegadas. Este hecho debe interpretarse como la comunicación de una posible conducta suicida en el futuro. Puede clasificarse en tres ítems[7]:
  - **Tipo I:** Sin intencionalidad suicida.
  - **Tipo II:** Con un nivel indeterminado de intención de suicidarse.
  - **Tipo III:** Algún grado de intención suicida.

- **Plan suicida.** Engloba la enumeración de sucesos o acciones que el sujeto pretende llevar a cabo con la intención de provocar su propia muerte[7].
  - **Sin un método específico:** El sujeto presenta simplemente deseos de morir.
  - **Con un método específico:** El sujeto ha planeado qué instrumento o metodología empleará para provocar su muerte.
  - **Con método específico no planificado:** Conoce el método que empleará pero no sabe dónde o cuándo lo realizará.
  - **Con método específico planificado:** El individuo ha planificado su muerte, el lugar donde lo realizará, busca un momento oportuno para evitar ser descubierto y ha buscado motivos que justifiquen su acción.

No todas las características nombradas anteriormente se encuentran presentes en el sujeto suicida, pues existen personas que perpetran el acto de una manera muy impulsiva sin haber mostrado antes ningún síntoma o comportamiento inusual previo.

### 1.2 Conductas relacionadas con el suicidio.

La conducta suicida abarca un gran abanico de actividades y/o actitudes que los individuos pueden llegar a evidenciar. Es importante destacar que esta conducta suicida no se trata de un elemento rígido y estanco, sino que el sujeto puede atravesar distintas etapas o situaciones a lo largo del tiempo. Entre estas situaciones es posible identificar:

- **Autolesión.** Son conductas que el sujeto adopta en las que se hace daño a sí mismo pero cuya intención no es la de acabar con su vida, sino que pretende aparentar que intenta matarse para conseguir algún beneficio[7].

- **Parasuicidio.** El parasuicidio es un concepto introducido por Kreitman[8] con el objetivo de diferenciarlo del intento de suicidio. Se trata de un conjunto de conductas auto lesivas que el sujeto realiza sin buscar la muerte como objetivo final aparentemente, obteniendo como resultado dolor, desfiguración, daño de algún miembro, enfermedad o riesgo de muerte[7].

- **Intento de suicidio.** Hace referencia a comportamientos potencialmente mortales con resultados no letales, que la persona adopta con el claro objetivo de provocar su muerte[7].

- **Suicidio frustrado.** Se trata del intento de suicidio en el que, por circunstancias ajenas y no previstas por el sujeto, no ha podido llevarse a cabo. Es muy común que alguien




cercano a la persona que pretende suicidarse, le sorprenda en pleno acto y evite que el suicidio se consume por completo[7]. También es posible que se presente alguna dificultad que el sujeto no había previsto, haciendo imposible la consumación del suicidio.

- **Suicidio accidental.** Es aquel en el que la persona utiliza un método en el cual desconoce el alcance del daño que puede producirse y aun no teniendo la intención de morir, se produce la muerte[7]. En ocasiones, se trata de gestos suicidas que, al utilizar un método difícil de controlar, conducen a una muerte no deseada, como por ejemplo, ingerir medicación sin conocer muy bien sus efectos y dosis nocivas, consumo de alcohol u otras drogas.

- **Suicidio intencional.** Se trata del conjunto de acciones realizadas por el propio individuo para producirse un daño físico, con el objetivo final de terminar con su vida[7].

- **Suicidio racional.** La persona padece una enfermedad terminal, incapacitante, dolorosa y progresiva y decide por sí misma acabar con su vida para evitar prolongar su sufrimiento[7].

## 1.3 Síndrome presuicidal.

En 1949 el psiquiatra austríaco Erwin Ringel comenzó a hablar de este término. El síndrome presuicidal hace referencia a un estado psíquico compuesto por un conjunto de síntomas que el individuo experimenta momentos antes de cometer el suicidio. Estos síntomas no son considerados como parte de una enfermedad mental, aunque sí es cierto que se encuentran en todos los trastornos que pueden terminar con un suicidio[9].

Este síndrome consta de tres situaciones o etapas[9]:

- **Contracción de los sentimientos, disminución de la energía psíquica y del intelecto.** La persona mengua su relación con los demás, y sus sentimientos y cualidades afectivas se ven gravemente refrenadas. No es capaz de pensar con claridad y se encuentra en un estado de retraimiento absoluto.

- **Inhibición de la agresividad.** Las agresiones que el individuo no es capaz de lanzar hacia los demás, debido a la primera premisa, en este momento se convierten en agresiones que proyecta hacia sí mismo.

- **Pensamientos y fantasías suicidas.** Todo lo anterior se acompaña de pensamientos y fantasías que el individuo concibe sobre su propia muerte.

Cada una de las tres se potencian entre sí, justificando al individuo su ideación autodestructiva, conduciéndole a la realización del acto suicida[9].

En muchas ocasiones, el sujeto, que ya ha tomado la decisión de concluir con su vida, presenta una rápida mejoría de sus síntomas anímicos, mostrando una tranquilidad inusual. Este hecho es conocido como *"tranquilidad siniestra"*[10].




## 1.4 Características comunes de la persona suicida.

Los signos y síntomas que presenta el individuo con ideación suicida pueden constituir un perfil característico. Para su elaboración, es preciso identificar los cambios físicos y psicológicos de la persona, pues cualquier cambio producido cuando el individuo se encuentra dentro de los factores de riesgo, puede ser interpretado como un signo de alarma para el profesional[11].

Por lo tanto, los cambios habituales que el sujeto sufre son:

**Tabla 2:** Cambios físicos y psicológicos en la persona suicida.

| Cambios físicos. | Cambios psicológicos. |
|---|---|
| Cambios en el apetito. | Mal genio, agitación, irritabilidad o ánimo depresivo. |
| Cambios en el peso corporal involuntario, generalmente disminución aunque puede darse un aumento. | Apatía, disminución del interés en las actividades de la vida diaria. |
| Fatiga. | Dificultad en la concentración y pérdida de memoria ocasional. |
| Dolor. | Preocupación excesiva y dificultad para tomar decisiones. |
| Minusvalía. | Sentimientos de culpabilidad infundados. |
| Insomnio de conciliación y mantenimiento. | Pensamientos sobre el suicidio, ideas de muerte, miedos. |
| Somnolencia durante el día. | Sentimientos de tristeza y rechazo hacia uno mismo. |

Fuente: Elaboración propia.




## 2 Factores de riesgo.

**Esquema 1:** Clasificación de los factores de riesgo.

- Factores de riesgo
  - No modificables
    - Heredabilidad
    - Sexo
    - Edad
    - Estado civil
    - Situación laboral y económica
    - Creencias religiosas
    - Conducta suicida previa
    - Apoyo social
  - Modificables
    - Enfermedad mental
      - Trastornos afectivos
      - Trastorno bipolar
      - Esquizofrenia
      - Trastorno de ansiedad
      - Trastorno de personalidad
      - Trastornos alimentarios
      - Abuso de sustancias
    - Salud física
    - Dimensiones psicológicas

Fuente: Elaboración propia.

La OMS define Factor de Riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión[12]. Éstos a su vez, se dividen en modificables y no modificables. Los modificables son aquellos en los que es posible actuar de manera clínica para minimizarlos y/o eliminarlos. Estos son los factores psicológicos, sociales y psicopatológicos. Sin embargo, los no modificables hacen referencia a los factores que permanecen inherentes al sujeto y no es posible hacer variaciones significativas clínicamente sobre ellos[13].

### 2.1 Factores de riesgo no modificables.

**Herencia genética.**

El meta-análisis de 21 estudios de Baldessarini y Hennen[14], evidenció que los familiares de primer grado de sujetos con comportamientos suicidas presentan tres veces más posibilidades de desarrollar actos autolíticos y suicidio consumado, aún sin presentar patología psiquiátrica previa. Así mismo, numerosos estudios llevados a cabo con hermanos gemelos demostraron que el suicidio es más prevalente en gemelos homocigóticos que en heterocigóticos[15].




También cabe destacar que en numerosos sujetos que llevan a cabo el acto suicida, se han hallado depreciaciones en el sistema serotoninérgico central, y que por lo tanto carecían de niveles normales del neurotransmisor serotonina[13]. Estudios revelan que es posible haber heredado de los parentales este déficit en la producción del neurotransmisor mediante polimorfismos en determinados genes como el de la enzima triptófano hidroxilasa o de los diferentes receptores de la serotonina[13].

**Sexo.**

Las mujeres presentan una mayor tasa de intentos autolíticos. Sin embargo, es el sexo masculino el que tiene un mayor nivel de suicidios consumados. También es cierto que los hombres utilizan métodos más mortíferos que las mujeres[13].

Cabe destacar que esto sucede en la mayoría de los países del mundo entre los que se encuentra España, exceptuando China e India, donde la tasa de suicidio es muy parecida entre ambos sexos[13, 15].

**Edad.**

El suicidio puede producirse en cualquier edad. Sin embargo existen rangos en los que se detecta un mayor número de suicidios entre la población. Se aprecia un incremento en la tasa de suicidios en personas de edad avanzada y entre los adolescentes[13, 15].

En los primeros, las principales causas tienen que ver con que a medida que aumenta la edad, se produce un déficit físico y psíquico, disminuyen las relaciones sociales y aumenta la sensación de soledad, incapacidad e inutilidad, por lo que muchos ancianos deciden acabar con su vida con la convicción de procurar no ser una carga para sus hijos o cuidadores[15]. El perfil de anciano más susceptible de cometer suicidio es un varón, jubilado, viudo consumidor habitual de bebidas alcohólicas[13].

En la población comprendida en la adolescencia, existen varios factores por los cuales los individuos se suicidan; patología psiquiátrica no controlada, bajo nivel socioeconómico en el núcleo familiar, acoso por parte de compañeros de aula, homosexualidad, malos tratos o abusos por parte de sus padres u otros familiares[15].

Es en el grupo de los ancianos donde se observan tasas hasta tres veces superiores de suicidio que en adolescentes[15]. Esto es debido a que la población anciana utiliza métodos más letales y efectivos a la hora de llevar a cabo el acto suicida que los adolescentes, quienes emplean métodos más tórpidos.

**Estado civil.**

Existe controversia con respecto a que el matrimonio se comporte como un factor protector frente al suicidio. No obstante, sí que es cierto que una gran parte de la población se encuentra soltera, viuda o divorciada en el momento de efectuar el suicidio[13]. El riesgo se incrementa cuando se ha perdido al ser querido de forma reciente e inesperada en caso de enviudar, o en los meses siguientes a la separación y/o resolución del divorcio. En esta segunda situación es el sexo masculino el que lleva a cabo un mayor número de suicidios consumados o intentos autolíticos[13, 15]. Este hecho se relaciona con que los varones tienen un menor círculo afectivo fuera del matrimonio, necesitan más tiempo para atravesar y superar el período de duelo, expresan menos sus sentimientos de tristeza o de incapacidad de llevar a




cabo las tareas domésticas solos. El riesgo de que cometan un acto suicida sigue vigente desde la pérdida del cónyuge hasta cinco años posteriores[15].

También, es reseñable la división que Kreitman[16] efectúa sobre las personas que enviudan: si el cónyuge se pierde en la primera mitad de la vida, el riesgo de suicidio se incrementa, sobre todo en los hombres hasta 17 veces más que los que lo hacen en la segunda mitad.

Debido a la existencia de diferencias culturales a nivel mundial, en algunos países como Pakistán, se aprecia un mayor número de mujeres que cometen actos suicidas dentro del matrimonio que hombres casados y otras mujeres solteras, o China, en el que las mujeres mayores de 60 años cuyo estado civil es de casadas muestran una mayor tasa de suicidios que viudas y solteras dentro del mismo rango de edad[13].

**Situación laboral y económica.**

Con respecto a la situación laboral, es preciso reseñar la importancia para el ser humano de tener un trabajo y sentirse útil para la sociedad, su núcleo familiar y para sí mismo. Precisamente en situaciones de pérdida del empleo, más que situación de desempleo o jubilación, es donde existen más posibilidades de cometer suicidio[15]. Asimismo, tener cargos de alta responsabilidad o en los que la persona se ve expuesta a unos niveles de estrés altos, aumenta sobremanera el riesgo de suicidio, generalmente en varones entre 35-45 años[15]. Las profesiones más afectadas por el suicidio son, paradójicamente, las que se encuentran relacionadas con las ciencias de la salud[15].

En lo que a la situación económica concierne, la mayor parte de suicidios consumados tienen relación con ingresos económicos bajos, sin ayudas ni prestaciones[13].

**Creencias religiosas.**

La religión es un factor muy influyente en la población a la hora de cometer un suicidio. Muchas personas utilizan la religión como método para dar sentido a su vida y mantener la esperanza frente a situaciones vitales adversas[15]. Los individuos que viven su espiritualidad de una manera activa, tienen un riesgo menor de realizar actos suicidas que las personas ateas[15].

Igualmente, existen muchas religiones en las que cometer suicidio se convierte en un acto punible y vituperable, por lo cual, sujetos que tienen en su mente la idea de suicidarse, no lo hacen por la presión social que ejerce el resto de personas que comparten las mismas creencias religiosas[15].

Existen religiones en las que la tasa de suicidio es mayor, como por ejemplo la budista e hinduista, en las cuales, la creencia en la reencarnación influye de manera decisiva sobre los adeptos a estas doctrinas e ideologías[13, 15].

**Historia previa de intento de suicidio.**

Son múltiples los estudios que defienden que personas con antecedentes de intentos de suicidio tienen muchas más posibilidades de consumarlo en el futuro. Por lo tanto, este se puede considerar uno de los factores más predictivos y que se debe tener muy en cuenta por parte de los profesionales en el momento de la valoración, pues, según Isometsä en 2001[17], un 82% de los individuos que intentaron suicidarse, lo consiguieron posteriormente con un método mucho más letal la siguiente vez[15]. El sector de la población con más riesgo de




consumar su suicidio tras historia de intentos previos es la población anciana[13]. Esto es debido a que su intencionalidad es mayor, utilizan métodos más letales y a que debido a su deterioro físico, tienen menos posibilidades de sobrevivir a las secuelas del intento[13].

Estudios como el de Neeleman y colaboradores en su revisión sistemática[18], afirman que los individuos con una historia previa de intentos de suicidio tendrán hasta 25 veces más posibilidades de consumarlo que la población general[15].

**Apoyo social.**

El ser humano necesita vivir en comunidad, por lo que contar con una buena red social donde apoyarse y tener sentimientos de pertenencia resulta crucial para vivir. El aislamiento social se presenta como factor que contribuye a que los individuos tengan mayores sentimientos de soledad e inutilidad, lo que puede desembocar en un suicidio consumado a cualquier edad[15].

El aislamiento social provoca también una disminución en la comunicación con los demás y un déficit en la expresión de los sentimientos. Por consiguiente, alimenta a otros factores predisponentes al suicidio consumado[15].

## 2.2 Factores de riesgo modificables.

**Enfermedad mental.**

La mayor parte de los factores de riesgo modificables se encuentran relacionados con la enfermedad mental. Tal es así, que existen estudios que muestran que en el 90% de los casos en los que se ha producido un suicidio, los sujetos presentaban una o más patologías mentales. Las enfermedades mentales en las que el suicidio se encuentra de forma más prevalente son depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias o trastorno de personalidad[19].

- **Trastornos afectivos.**

El trastorno afectivo más significativo con respecto al suicidio es, sin duda, la depresión pues, el riesgo de suicidio en sujetos con este diagnóstico, es hasta veinte veces mayor que la población general[13, 15]. Asimismo, gracias a la "autopsia psicológica" en la que se entrevista a los seres cercanos del individuo fallecido para determinar cuáles fueron sus sentimientos, experiencias vitales, o si habían notado que se encontraba experimentando algún tipo de sintomatología psiquiátrica[20], se ha observado que alrededor de un 80% de los individuos que han consumado su suicidio presentaban un cuadro de depresión[21].

Esto es posible observarlo a cualquier edad, aunque, existe un rango específico que comprende entre los 30 y 40 años, en el que se identifica un mayor riesgo de suicidio si el sujeto comienza con signos y síntomas de depresión[13]. Según la OMS[20], alrededor del 65-90% de los suicidios e intentos autolíticos en el contexto de las enfermedades mentales, guardan una estrecha relación con la depresión.

En estos pacientes, el riesgo también aumenta cuando no toman la medicación prescrita por los profesionales de la salud, piensan que no es posible curarse, o cuando sus médicos consideran que no son tratables[20].




- **Trastorno bipolar.**

Alrededor de un 25-50% de los enfermos con trastorno bipolar cometen un intento autolítico. Se estima que el riesgo es mayor al comienzo de la enfermedad y cuando existe comorbilidad asociada[13]. Además, el abandono del tratamiento farmacológico por parte del paciente hace que se incremente el riesgo de que el individuo tome la decisión de suicidarse[19, 22].

- **Esquizofrenia.**

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre las personas con esta enfermedad, con un 10-13% de suicidios consumados y un 40% de intentos de suicidio[19]. Este riesgo se ve incrementado en hombres jóvenes, que se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad, individuos con recaídas crónicas que han supuesto numerosos ingresos psiquiátricos, y sobre todo, aquellos que han tenido plenas capacidades a nivel mental y social hasta el momento de aparición de la misma[20].

Los sujetos que sufren esquizofrenia, comparten los mismos factores de riesgo de la población sin enfermedad mental mencionados anteriormente como ser hombre, tener depresión, estar en situación de desempleo, estar soltero o encontrarse aislado socialmente[15, 19]. No obstante, esta enfermedad cuenta con unos factores de riesgo propios[19]:

- Sintomatología positiva consistente en ideas delirantes y alucinaciones, que en ocasiones pueden inducir al suicidio.
- Falta de tratamiento o baja adherencia al mismo.
- Deterioro de la vida social y laboral a consecuencia de la enfermedad.
- Abuso de sustancias tóxicas, especialmente drogas.

Por lo tanto existen una serie de situaciones en las que estos enfermos son más vulnerables de cometer un suicidio, como por ejemplo, cuando se encuentran atravesando etapas de depresión, al sufrir alucinaciones y tener ideas delirantes perdiendo todo contacto con la realidad, tras una recaída cuando se están recuperando pero la sintomatología vuelve a aparecer y sienten fragilidad e inseguridad y, por último, días después de haber recibido el alta hospitalaria[19].

- **Trastorno de ansiedad.**

Los trastornos de ansiedad pueden asociarse a intentos autolíticos e incluso suicidios consumados. Según diferentes autores[13, 15, 19, 21] alrededor del 20% de las personas con este trastorno realizará un intento de suicidio a lo largo de su vida. Sin embargo, no está del todo claro si es el propio trastorno en sí el que puede provocar comportamientos suicidas, o es la situación de comorbilidad junto con depresión y abuso de sustancias, entre otros, los que de verdad influyen. No se han encontrado pruebas concluyentes sobre el trastorno de ansiedad sin enfermedad depresiva asociada como causa fundamental del suicidio de los sujetos[15] aunque sí juega un papel fundamental junto con otras enfermedades mentales.

- **Trastorno de personalidad.**

Las clases de trastorno de personalidad más relevantes con respecto a la consumación de suicidios o intentos autolíticos son el trastorno límite de personalidad y el antisocial[13]. El primero, se caracteriza porque el sujeto experimenta inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen y un escaso control de la impulsividad[23]. El segundo incluye desprecio y vulneración de los derechos de los demás y una baja tolerancia a la frustración. Estas características en la personalidad de los individuos unidas otros trastornos como abuso de alcohol, drogas o depresión hacen que el riesgo de suicidio sea de un 4-8% superior al de la población general[13].




- **Trastornos de la conducta alimentaria.**

Dentro de los trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa es la que más riesgo de suicidio presenta junto con la bulimia, de manera especial en mujeres jóvenes[13]. Además de esto, también debe sumarse el número de muertes producidas por las complicaciones físicas que conlleva este trastorno[19].

- **Abuso de sustancias tóxicas.**

El abuso de alcohol representa un papel muy importante en el contexto del suicidio. Actúa de dos maneras: como factor de riesgo en la población consumidora y como precipitante en los momentos antes de consumar el suicidio *per se,* pues en el 25-50% de los suicidios el alcohol ha estado presente[15]. Se estima que el riesgo de suicidio entre alcohólicos es hasta seis veces mayor que en el resto de población[13]. Además, el consumo de alcohol suele estar ligado a problemas mentales o sociales que, contribuyen y se ven potenciados por éste de manera exponencial.

Con respecto al consumo de drogas ilegales, prevalecen sustancias como los opioides, la cocaína, el cannabis y los sedantes. Los individuos que abusan de este tipo de drogas presentan hasta 20 veces más posibilidades de suicidarse que la población general[15]. Es preciso añadir que a la mayoría de la población consumidora de drogas ilegales, les acompañan situaciones socioeconómicas y/o sanitarias desfavorables, que agravan su situación vital y aumentan sus posibilidades de desarrollar una conducta suicida.

**Salud física.**

La salud física se encuentra entre los factores de riesgo más importantes entre la población joven, pues enfermedades crónicas, incapacitantes, degenerativas y con dolor, diagnosticadas a edades tempranas, hacen que los individuos se planteen cómo será su calidad de vida en el futuro si la enfermedad y el dolor continúan[19]. Entre las enfermedades más relevantes en este contexto se encuentran el cáncer, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión de médula espinal o lupus[15]. En el grupo de personas que se encuentran en la tercera edad, también encontramos altas tasas de suicidio debido a enfermedades incapacitantes (80%)[15].

En el caso específico del VIH, resulta necesario mencionar que en las últimas décadas, la tasa de suicidios ocasionados por la presencia de esta enfermedad, ha disminuido considerablemente debido a los recientes avances científicos y la aparición de nuevas familias de antirretrovirales, que aumentan la esperanza y calidad de vida de los pacientes infectados[13,25].

**Dimensiones psicológicas.**

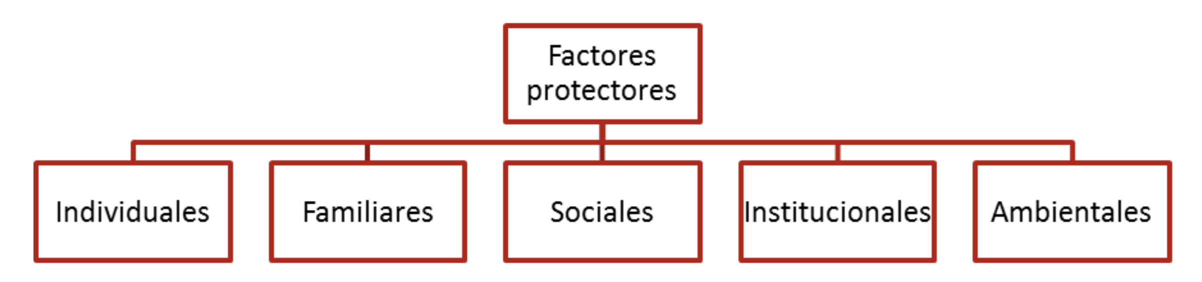
Existen varios factores psicológicos, los cuáles se encuentran en la personalidad del individuo que pueden predisponer a desarrollar conductas suicidas en el futuro. La impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad en la resolución de problemas, el perfeccionismo y la agresividad en una persona son rasgos de la personalidad más influyentes en la conducta suicida[13, 15]. Dentro de estos, el más predominante es la desesperanza, puesto que, estudios muestran que alrededor de un 90% de los individuos con conductas suicidas muestran este estado psicológico[13]. También los sujetos con tendencia al perfeccionismo y con un excesivo poder de autocrítica, muestran mayores tasas de suicidio[13].




En ocasiones, es posible tomar estos rasgos de la personalidad como marcadores orientativos de riesgo de suicidio, y sobre los que es posible trabajar[13].

# 3 Factores protectores.

**Esquema 2:** Clasificación de los factores protectores.




Fuente: Elaboración propia.

Se define factor protector como *"aquel atributo de un grupo con menor incidencia de un determinado disturbio en relación con otros grupos definidos por la ausencia o baja aparición de tal factor"*[26]. Estos factores se dividen en dos grandes grupos; aquellos vinculados a las características del propio individuo y los relacionados con el contexto sociocultural y ambiental[15, 19].

Con respecto a los relacionados con el propio individuo, actúan como factores protectores las habilidades para resolver conflictos de forma pacífica y superar problemas, la confianza en sí mismo, autovaloración positiva, autoestima alta, presencia de habilidades sociales y para la comunicación, tener la mente abierta a nuevos conocimientos, experiencias y opiniones de otras personas así como procurar una buena salud mental y somática[15, 19].

En los factores protectores correspondientes a la situación sociocultural y ambiental destacan la presencia de creencias religiosas que desaprueben el suicidio, contar con un buen apoyo familiar donde la familia se encuentra bien estructurada y presenta unión entre los miembros, la integración social y sensación de pertenencia a un grupo en el cual se mantienen buenas relaciones interpersonales, los valores culturales y tradiciones, no tener acceso a medios letales para cometer el suicidio y percibir una red de apoyo por parte del sistema sanitario pudiendo acudir y recibir ayuda en cualquier momento[13, 15, 19].

- **Individuales.**

Resulta primordial contar con un buen estado de salud y tener unos hábitos de vida saludables para prolongar el mayor tiempo posible la sensación de bienestar físico. También, mantener una actitud positiva ante la vida y tener una personalidad asertiva ayuda a mejorar la salud mental, lo que resulta de gran ayuda para evitar depresiones severas[27]. Las personas optimistas y con un buen nivel de autoestima, presentan un menor riesgo de cometer suicidio, pues son capaces de encontrar soluciones a los problemas de manera más rápida y eficiente[27].

Así mismo, los individuos con un alto coeficiente intelectual y buena tolerancia al estrés, son también menos propensos a desarrollar conductas suicidas, pues este tipo de personas suele tener planes de futuro y metas que alcanzar a nivel profesional y personal[27].




- **Familiares.**

En la etapa de la niñez y la adolescencia, contar con un núcleo familiar unido y consolidado, donde se refuerzan los comportamientos positivos y existe un sentido de pertenencia a la familia, son elementos decisivos que moldearán las conductas de los futuros adultos[27]. En la madurez, vivir junto con la pareja y tener un proyecto de vida en común, ayudan a incrementar la resiliencia, y por lo tanto, a disminuir el riesgo de suicidio[27]. Cabe destacar, que en la población femenina especialmente actúa como factor protector tener descendencia[13].

- **Sociales.**

La presencia de redes sociales de apoyo en la vida del individuo ayuda a éste a sentirse integrado en la sociedad y ser un miembro productivo de la misma, reduciendo así el riesgo de depresiones que pueden desembocar en una conducta suicida[27]. Tener oportunidades para realizar actividades en grupo con más personas y ampliar de esta forma el número de redes sociales resulta muy conveniente para poder pedir ayuda si en algún momento fuese necesario[22].

- **Institucionales.**

Es imprescindible que las instituciones creen servicios de los que los individuos puedan beneficiarse como la educación, oportunidades laborales, cobertura social de personas con discapacidades físicas o psíquicas o apoyo a personas en situación de desempleo o precariedad[27].

En el contexto de la prevención del suicidio, sin duda, lo que resulta más imprescindible con respecto a los servicios que las instituciones puedan suministrar, es que cualquier individuo pueda recibir ayuda de profesionales de la salud si lo precisase o solicitase[27]. Por esa razón, es fundamental contar con profesionales bien formados tanto en atención primaria para detectar signos y síntomas de alarma como en atención hospitalaria y especializada, con el objetivo de intervenir de una manera rápida y efectiva ante un sujeto en situación de riesgo[27].

- **Ambientales.**

Se ha demostrado que individuos que viven en ambientes rurales, donde sea fácil realizar deporte o actividades al aire libre, presentan menos probabilidades de cometer un acto suicida. Poblaciones con niveles bajos de contaminación, barrios seguros en los que no existe el vandalismo, tráfico de drogas o robos, son también áreas donde se hallan menos intentos autolíticos[27].




## 4. Mitos y curiosidades.

### 4.1. Mitos.

Un mito es un conjunto de creencias e imágenes idealizadas que se forman alrededor de un personaje o fenómeno y que le convierten en modelo o prototipo[28]. En lo referido al suicidio, existen ciertos mitos o creencias erróneas que la población general ha ido adquiriendo con el paso del tiempo y que es necesario explicar y desmentir.

- **El que se quiere matar, no lo dice.**

Esto implicaría no prestar la atención necesaria a la persona que anuncia que desearía morir. Existen estudios científicos[29], en los que de cada diez individuos que se suicidan, 9 de ellos declararon abiertamente su intencionalidad de acabar con su vida, y la otra persona dejó intuir su pretensión[29].

- **Quien anuncia su suicidio, no lo comete.**

Este pensamiento lleva a empequeñecer las señales y avisos que el individuo realiza. Pueden interpretarse de manera equivocada como chantajes o manipulaciones. La mayoría de personas que cometen un suicidio habían reflejado con palabras, amenazas o cambios en su comportamiento lo que pretendía hacer[29].

- **Si de verdad hubiese querido morir, se habría tirado delante de un tren.**

Es la manifestación del rechazo que provoca en la población fruto de la ignorancia y falta de conocimientos sobre el suicidio. Los suicidas se encuentran en una situación ambivalente en la que coexisten los deseos de morir con los de vivir. Según criterios científicos, el método elegido para cometer el suicidio no está directamente relacionado con el afán de morir[29].

- **Todos los individuos que se suicidan estaban deprimidos.**

Esta es una equivocación muy común que en muchas ocasiones lleva a la población general a asociar depresión con suicidio. La realidad es que cualquier persona que atraviesa una depresión tiene riesgo de suicidarse. Sin embargo, se ha comprobado que no todos los individuos que se suicidan tienen depresión[29].

- **El suicidio se hereda.**

Aunque existe una relación entre el suicidio y la herencia genética, como se explica en el capítulo de factores de riesgo, no todas las personas que tengan antecedentes de suicidio en padres o abuelos van a debutar con una ideación autolítica. Representa un factor de gran importancia, pero deben intervenir más factores para que surja este comportamiento[15].

- **No se puede prevenir el suicidio, pues es un acto impulsivo.**

El suicidio no es un acto impulsivo que la persona realiza en cuestión de segundos[29]. Existe una serie de signos y síntomas que el sujeto evidencia antes de suicidarse, entre los que se encuentra el síndrome presuicidal o la tranquilidad siniestra.

- **Al hablar sobre el suicidio con el individuo se le puede incitar a que lo realice.**

Se ha evidenciado que hablar con un individuo en riesgo de cometer un suicidio disminuye las posibilidades de que éste lo realice, pues de esta manera el sujeto puede reflexionar, exteriorizar sus sentimientos y pedir ayuda[29].




- **Las personas suicidas son sujetos peligrosos, pues pueden atacar también a los demás.**

La persona suicida dirige toda la agresividad hacia sí mismo. Toma una conducta autolesiva, por lo que en muy raras ocasiones tienen lugar agresiones hacia otras personas[29].

- **El suicida desea morir.**

Es cierto que la persona suicida presenta deseos de morir si su vida continúa de la misma manera. También presenta sentimientos y ganas de vivir si su situación vital cambiase. Resulta muy importante conocer cuáles son los motivos por los que el sujeto quiere morir e intervenir sobre ellos para hacer que quiera seguir adelante con su vida[29].

- **El individuo suicida es un cobarde/valiente.**

La cobardía o la valentía son virtudes o cualidades humanas que no se pueden atribuir a un acto suicida, pues no es más valiente o más cobarde quien decide o no quitarse la vida. Es importante saber que una persona suicida es una persona que está sufriendo[29].

- **Cuando una depresión grave mejora, ya no hay riesgo de suicidio.**

Alrededor de un 50% de los individuos que se suicidan se encontraban en un período de tiempo superior a tres meses después de haber atravesado una crisis emocional. Se debe a que en este tiempo se encuentran más activos y enérgicos que cuando se encontraban mal, por lo que son capaces de llevar a cabo sus ideas suicidas. A menudo, familiares y profesionales no tienen en cuenta este hecho, por lo que esta disminución de la alerta ha provocado la muerte de muchas personas[29].

- **Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.**

Si se lleva a cabo una buena estrategia de divulgación de información para la población general, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden resultar de gran utilidad para eliminar o desmentir los mitos y estereotipos que rodean al suicidio.

Por lo tanto, las principales acciones que los medios de comunicación podrían realizar para colaborar en la prevención del suicidio serían las siguientes[29]:

a) Explicar los signos y síntomas de alarma en una crisis suicida.

b) Difundir las diferentes instituciones de salud mental a las que acudir ante una crisis suicida.

c) Enumerar los principales grupos de riesgo.

d) Promulgar a la población las principales acciones a realizar al detectar un individuo con crisis suicida.

## 4.2. Curiosidades.

- **El efecto contagio.**

Este comportamiento abarca los suicidios consumados que se producen tras la divulgación o publicación del suicidio de una persona, generalmente por transmisión mediática[30]. A lo largo




de la Historia, diversos sociólogos y científicos han intentado averiguar el porqué del efecto contagio.

Uno de los casos más significativos es sin duda, el producido tras la publicación de *Las desventuras del joven Werther,* en 1774 por Goethe, en el que el protagonista se suicida por culpa de un amor no correspondido. Los lectores del libro comenzaron a vestir y comportarse como él; inclusive su propio autor[30]. Fue alto el número de personas halladas muertas vestidas como el personaje de la novela; incluso algunos con el libro en las manos. Debido a ser uno de los casos más importantes del efecto contagio, este fenómeno es conocido también como efecto Werther. Tras estos acontecimientos, el propio autor, Goethe, se sintió responsable directo de las muertes ocasionadas, hasta el punto de que, en ediciones posteriores añadió la frase *"Sé un hombre, no sigas mi ejemplo"* al comienzo de la novela[30, 31].

También se cree que la obra de William Shakespeare, *Romeo y Julieta*, publicada en 1597, fue el detonante de una epidemia de suicidios en parejas desafortunadas de la época[31].

La primera persona en investigar sobre este sorprendente acontecimiento fue É. Durkheim, en su obra *El Suicidio*, en la que explica que la sugestión puede provocar distintos suicidios en la población de un país[30].

- **Bosque de Aokigahara.**

También conocido como "mar de árboles", se trata de un bosque con alrededor de 35 $Km^2$, situado al pie del Monte Fuji en Japón. Según la tradición japonesa, se piensa que el bosque está maldito y poblado por demonios mitológicos[32].

El bosque es popular por ser un espacio en el que las personas acuden a suicidarse. En el último recuento realizado en 2003, el número de personas halladas muertas con el suicidio como causa, fue de 105[32]. El gobierno del país nipón muestra una gran preocupación por este hecho, por lo que ha tomado medidas para intentar evitar que este número aumente, como poner carteles en el bosque para que los sujetos busquen ayuda, o no publicar tasa de suicidios con el objetivo de evitar que se asocie el bosque al suicidio[32]. Existen trabajadores circulando en el bosque para localizar cadáveres y policía patrullando los alrededores para detectar a posibles suicidas[32].

- **Proyecto "El Templo Del Pueblo"**

Popularmente conocido como *"Jonestown"*, el Templo Del Pueblo fue una secta liderada por Jim Jones cuyo objetivo primigenio era crear congregación católica, aislada de la sociedad, basada en el comunismo y totalmente autosuficiente, ayudado por su gran poder de sugestión y convicción de masas[33].

En un primer momento, Jones comenzó su proyecto en Indianápolis, Illinois, pero posteriormente decidió trasladarse a Guyana para evitar las investigaciones de las autoridades estadounidenses, así como de familiares preocupados por algunos de los integrantes de la colectividad[34, 35].

En el auge de la dictadura de su líder, Jonestown llegó a contar con alrededor de 900 miembros, incluidos menores de edad que vivían de forma precaria, trabajando hasta 12 horas al día en condiciones de esclavitud[35]. Los adeptos eran obligados a realizar "simulacros" de suicidio con placebos para probar su devoción y fidelidad hacia el caudillo.

Jones fue acusado de fraude, malos tratos, lavado de cerebro, secuestro, tráfico de armas y drogas. El 14 de noviembre de 1978, tras verse acorralado por las autoridades estadounidenses y guyanesas, convenció a todos sus discípulos para suicidarse tomando cianuro provocando la muerte de todos los miembros de la comunidad[33 - 35].




## 5. Estrategias de prevención.

En mayo de 2013 se celebra la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se implementa el primer plan de acción sobre salud mental en la historia de la OMS, donde la prevención del suicidio representa una significativa fracción del mismo. Se propuso reducir en un 10% la tasa de suicidio mundial para el año 2020[36].

La OMS propone establecer una estrategia nacional de prevención del suicidio en la que se contemple la vigilancia, la restricción de la disponibilidad de medios letales, directrices para los medios de comunicación, la concienciación de la población y la disminución de los estigmas sociales que engloban al suicidio. Así mismo, recomienda capacitar y preparar en esta materia a los profesionales de la salud, educadores y al personal de fuerzas y cuerpos de seguridad en la prevención y actuación ante actos suicidas[36]. El hecho por el cual la OMS hace hincapié en que no solamente los profesionales de la salud deben estar cualificados para la prevención e intervención de crisis suicidas, es que el suicidio no compromete exclusivamente al sector sanitario, sino que se extiende por todas las esferas que implican al ser humano, y que por lo tanto, deben ser exploradas y examinadas de manera conjunta para lograr una prevención efectiva[36].

### 5.1. Componentes comunes de las estrategias para la prevención del suicidio.

Existen unos elementos comunes que deben estar presentes para que la prevención del suicidio sea eficaz. Según la OMS, los países deberían integrar dichos elementos en sus políticas de prevención:

- **Vigilancia.**

Con la vigilancia se pretende aumentar la calidad de los datos nacionales que existen sobre el suicidio e intentos autolíticos. Una de las maneras más utilizadas para ello, es la creación y el apoyo de bases de datos por parte de los gobiernos de las diferentes naciones, con el objetivo de realizar estudios y análisis obteniendo así, los principales grupos de riesgo de cada país[36].

- **Restricciones.**

Pretende eliminar la disponibilidad, accesibilidad y el atractivo de los métodos para cometer los actos suicidas como pueden ser las armas de fuego, pesticidas, venenos, lugares altos… pues, reduciendo la exposición, resultará más sencillo también, disminuir el riesgo de suicidio[36].

- **Medios de comunicación.**

Es indiscutible la influencia que ostentan los medios de comunicación en la época actual. Por este motivo, los gobiernos deben utilizar esta herramienta de manera que pueda evitar el mayor número de muertes autoinfringidas, proveyendo instrucciones y material adecuado para hablar del suicidio de un modo responsable, sin utilizar juicios de valor, estigmas y sin regodearse en el morbo que este tema puede conllevar[36].

- **Acceso a servicios.**

Permitir a cualquier persona en riesgo o que lo solicite, acudir a profesionales especializados para recibir ayuda de forma específica e individualizada. También resulta importante difundir e




informar a la población general sobre las posibilidades que existen y a quién pueden acudir ante una situación de riesgo[36].

- **Formación y educación.**

Promover la creación de programas integrales de formación y formación continuada para profesionales sanitarios y no sanitarios, que les permitan identificar a la población vulnerable y facilite las intervenciones a realizar, así como aumentar la confianza en ellos mismos a la hora de tomar decisiones en una situación de riesgo inminente[36].

- **Tratamientos.**

Procurar mejorar la atención clínica tanto en tratamientos farmacológicos como en terapias psicológicas, buscando las mejores basadas en la evidencia científica y promoviendo la investigación de los profesionales[36].

- **Intervención ante una crisis.**

Dotar a los servicios de urgencias de los centros médicos del país con unidades de salud mental, a las que los individuos que se encuentran sufriendo una crisis suicida puedan acudir y reciban atención inmediata. También, es interesante mencionar que algunos países entre los que se encuentra España, cuentan con líneas gratuitas de ayuda 24 horas, tanto telefónicas como en Internet, para todos aquellos sujetos que demanden asistencia ante una crisis autolítica[36].

- **Intervención post crisis.**

Resulta crucial proveer a las instituciones sanitarias de unidades de salud mental con personal especializado, en las que realizar seguimientos ambulatorios o ingresos hospitalarios, a los pacientes que han presentado una crisis suicida o un intento de suicidio, pues es preciso resolver y tratar los problemas que el sujeto presente para que en el futuro pueda retomar su vida con normalidad[36].

- **Concienciación.**

Concienciar a la población general sobre la importancia del suicidio es indispensable para poder aumentar la prevención del mismo. Para esto se utilizan campañas de sensibilización que facilitan el entendimiento de que los suicidios se pueden prevenir y evitar, así como favoreciendo el acceso a información sobre prevención y comportamiento suicida[36].

- **Reducción de estigmas.**

Minimizar aquellos mitos y estereotipos que la población general presenta hacia las personas suicidas y enfermos mentales, los cuáles dificultan sobremanera que personas en riesgo no busquen ayuda en profesionales cualificados, por miedo a ser estigmatizados por sus seres cercanos[36].

- **Supervisión y coordinación.**

Consiste en la creación de instituciones que faciliten la coordinación entre los distintos servicios y profesionales existentes, que guían al individuo en riesgo de cometer un acto suicida en su recorrido por el sistema de salud del país[36].




### 5.2. La entrevista.

La entrevista clínica es el pilar principal para la valoración del riesgo de suicidio. También, implica el comienzo de la relación profesional-paciente, y puede jugar un papel muy importante en la prevención del suicidio[13].

Resulta importante destacar que durante la entrevista, el profesional debe ir más allá de lo que el paciente está diciendo; también debe observar y analizar sus pensamientos, su lenguaje no verbal y su estado físico. Seguidamente, se presentan una serie de elementos que el entrevistador debe valorar aparte de lo respondido a las preguntas de la entrevista[72]:

- **Aspecto general del paciente.** Prestar atención a la higiene, forma de vestir, presencia de enlentecimiento motor, postura corporal, expresión facial, etc.[13, 37].

- **Actitud frente al entrevistador.** Puede mostrarse colaborador y atento a lo que el entrevistador le comenta, o puede mostrarse evasivo y suspicaz durante la entrevista[36].

- **Orientación en tiempo lugar y persona.** La desorientación auto y alopsíquica puede ser indicativa de diferentes patologías, por lo que es imprescindible realizar diagnóstico diferencial[37].

- **La atención.** En caso de que el paciente presente una disminución de su nivel de atención, se puede sospechar una intoxicación[37].

- **Memoria.** En el trastorno depresivo puede verse alterada[37].

- **Pensamiento y organización verbal.** En algunos desórdenes mentales, puede aparecer taquipsidia (en la manía) o bradipsiquia (en la depresión)[37].

- **Afectividad.** Vigilar tanto estados de tristeza, incapacidad para sentir placer, pasividad o apatía, como efusividad, irritabilidad o euforia[13, 37].

- **Actividad.** Puede presentarse un aumento de la actividad voluntaria (hiperbulia), o por el contrario, una disminución (hipobulia)[37]. Ambos son importantes y se deben analizar con detalle.

- **Sueño.** En la mayoría de trastornos existen cambios en el patrón del sueño. El insomnio puede ser indicativo de trastornos de ansiedad o depresión[37].

- **Alimentación.** Es muy importante conocer los hábitos alimenticios del paciente y ver si ha habido cambios con respecto a tiempo atrás[37]. Algunas patologías cursan con un rechazo alimentario y evidente pérdida de peso, que es preciso vigilar.

- **Controles internos y externos.** Los controles internos hacen referencia a aquellos con los que el individuo cuenta para reprimir sus impulsos suicidas. En ocasiones, estas personas tienen disminuido este mecanismo y son necesarios controles externos; personas como profesionales, familia, amigos o instituciones mentales, que son capaces de sustituir esta carencia del sujeto y evitar que se haga daño a sí mismo[37].




Alrededor de un 80% de las personas que se suicidan, emiten alguna señal de aviso. Además, el 75% de ellos, han visitado a su médico durante el mes previo al suicidio[15]. Durante la entrevista, es preciso abordar con precisión todos los aspectos biopsicosociales de la persona con el objetivo de recabar la mayor cantidad de información posible. A continuación, se exponen una serie de preguntas directas que el entrevistador debe realizar con respecto a la ideación suicida, con algunas opciones de respuesta que el paciente podría proporcionar[37]:

- **Factores estresantes**

*¿Cómo van las cosas con su familia?, ¿y en el trabajo?* Preguntar también sobre la situación económica, familiar, legal, relación de pareja o estado de salud[15].

- **Ideas suicidas.**

*¿Alguna vez tuvo la impresión de que las cosas no valen la pena?, ¿pensó alguna vez que la vida carece de sentido?, ¿alguna vez se ha sentido tan mal que preferiría estar muerto?, ¿ha pensado alguna vez en matarse?*[37, 38]

El sujeto puede responder con ideas pasivas, que guardan relación con el deseo de morir o estar muerto; *"ojalá me diese un infarto, no merece la pena vivir"*, o con ideas activas, en las que evidencia deseos de acabar con su vida; *"he pensado en matarme"*[37].

- **Intenciones y métodos suicidas.**

*¿Cómo ha pensado quitarse la vida?, ¿se le ha ocurrido alguna otra forma de hacerlo?, ¿ha planeado cuándo hacerlo?, ¿cómo lo planeó?,* Es posible que el sujeto responda que no tenía ningún método específico, pero si lo tenía, es necesario indagar un poco más: *¿puede describir cómo lo haría?*[37, 38]

- **Acceso a medios letales.**

*¿Tiene con qué matarse?, ¿tiene acceso al método que ha elegido para quitarse la vida?, ¿tiene armas de fuego en casa?, ¿qué medicación hay en su casa?, ¿en qué piso vive?*[37]

El sujeto puede responder diciendo que tiene acceso a métodos en su domicilio, lugar de trabajo, etc. También puede declarar que ha conseguido un método letal que no se encontraba en su entorno como por ejemplo, comprar un arma[37].

- **Antecedentes suicidas.**

*¿Alguna vez estuvo a punto de matarse y no lo hizo?, ¿qué se lo impedía?, ¿por qué intentó suicidarse?, ¿es la misma razón que ahora?*[37, 38]

Es posible que el paciente sufra algún tipo de estrés en su vida que actúe como detonante para que este comportamiento autolítico florezca como la pérdida de un ser querido, por ejemplo: *"hace 4 años falleció mi abuelo y quise matarme, ahora ha fallecido mi abuela y vuelvo a querer morir"*[36].

- **Expectativas de futuro.**

*¿Cree que podría matarse en los próximos días?, ¿por qué?, ¿qué motivos tiene para no matarse?, ¿tiene familia que sufriría si usted se suicida?, ¿qué va a hacer ahora?, ¿cuál es su plan de futuro?, ¿tiene cosas pendientes que le gustaría concluir?*[37]

*"Antes pensaba que mi familia sufriría si me mataba, ahora pienso que estarán mejor si estoy muerto", "no puedo controlar las ganas de morir", "me he despedido de todos y he regalado mis pertenencias"*[37].




- **Buscar presencia de patología psiquiátrica/ideas delirantes.**

*¿Ha visto, escuchado o sentido alguna cosa que le parecía extraña?, ¿hay alguien que le dice que se mate?, ¿tiene algún fin u objetivo que usted se mate?, ¿qué sucedería si usted no se mata?, ¿toma alguna medicación actualmente?, ¿se encuentra usted en tratamiento médico o psiquiátrico?*[37, 38]

Si las respuestas a estas preguntas son afirmativas, o el sujeto da respuestas que a ojos del entrevistador son anormales, es preciso inspeccionar más a fondo este campo, pues podría tratarse de alguna enfermedad mental.

- **Explorar la existencia de intención homicida junto a la suicida.**

*¿Ha pensado en matar o hacer daño a otras personas?, ¿usted ha pensado en matarse junto con otra persona?, ¿por qué?, ¿de quién se trata?, ¿esa persona está de acuerdo en matarse con usted?*[37]

Entre las respuestas afirmativas, es muy común la de *"me voy a pegar un tiro, pero ella viene conmigo"*, generalmente por parte del sexo masculino[37].

## 5.3. Escalas de valoración.

Se trata de instrumentos estandarizados que permiten evaluar al paciente y completan la información obtenida en la entrevista. Resultan fáciles de aplicar y facilitan datos relevantes de forma rápida y sencilla[13].

Las principales escalas revisadas, y que demuestran ser efectivas para la evaluación del riesgo suicida son las siguientes[13, 38]:

- **Escala de desesperanza de Beck.** (Anexo 1)

Se trata de una escala auto administrada con respuestas dicotómicas. Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20); y el resto de las respuestas "Falso". La obtención de una puntuación igual o superior a 8, indica un grado de desesperanza alto[39].

- **Inventario de depresión de Beck.** (Anexo 2)

Es un cuestionario auto administrado. Existen unos intervalos de puntuación que revelarán el grado de depresión del sujeto. Una puntuación mayor de 17 indica que se debe solicitar ayuda a un profesional[40].

- **Escala de ansiedad de Hamilton.** (Anexo 3)

Es una escala heteroadministrada por un profesional tras la entrevista al paciente. Cada ítem se puntúa de 0 a 4 y se pueden obtener dos puntuaciones; la primera se encuentra relacionada con la ansiedad a nivel psicológico (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 14), y la segunda identifica la ansiedad corporal (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). En esta escala no hay punto de corte; a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad[39].




- **Escala de evaluación del suicidio (SUAS).** (Anexo 4)

Debe ser realizada por un especialista. Consta de 20 ítems con puntuación de 0-4. Abarca varios aspectos físicos y psíquicos del individuo como son el afecto, estados corporales, control y afrontamiento ante situaciones estresantes, reactividad emocional, y pensamientos y comportamiento suicidas[41].

- **Escala de riesgo de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).** (Anexo 5)

Es una escala heteroadministrada mediante entrevista. Está compuesta por 10 ítems relacionados con 10 síntomas de la depresión. Cada ítem se puntúa de 0-6. Se considera que una puntuación superior a 10 puntos indica presencia de un trastorno depresivo[39].

- **Escala de riesgo suicida de Plutchick.** (Anexo 6)

Es una escala que consta de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas con respuesta dicotómica. El punto de corte se encuentra en 6 puntos. Mayor puntuación implica mayor riesgo de suicidio[39].

### 5.4. Prevención por parte del equipo de enfermería.

En primer lugar, antes de llevar a cabo los diferentes tipos de tratamientos existentes, es preciso recibir al individuo y realizar unas intervenciones previas. El personal de enfermería, se encuentra capacitado para realizar dichas intervenciones al ingreso de un paciente tras un intento autolítico, antes de que un psiquiatra comience con las distintas variantes de tratamiento[42].

**1- Establecer una relación de confianza con el individuo y evitar el riesgo de autolisis[42].**

- Introducir al paciente en un ambiente seguro, en el que no pueda hacerse daño a sí mismo.
- Mostrar preocupación por el estado del paciente, sin llegar a resultarle opresivo.
- Nunca realizar críticas ni juicios de valor con respecto a sus actos suicidas.
- Reforzar las conductas positivas del individuo.

**2- Incrementar la vigilancia y seguridad[42].**

- Se debe intentar recoger la mayor cantidad de datos posible sobre el paciente y su entorno más cercano.
- Supervisar cambios en el estado físico y cognitivo del paciente.
- Controlar los objetos del entorno que el sujeto pueda usar para hacerse daño como las sábanas, cables o tubos.
- Vigilar constantemente de manera no muy evidente, de forma que el sujeto lo perciba como una ayuda, no como restricciones por parte de los profesionales.
- Poner especial vigilancia en los turnos nocturnos.

**3- Proveer al individuo de habilidades y conocimientos para mejorar la asertividad en situaciones conflictivas[42].**

- Utilizar logros de situaciones problemáticas que el individuo supo resolver por sí mismo en el pasado.
- Ayudar al sujeto a identificar razones esperanzadoras que le faciliten tomar la decisión de continuar con su vida.




- Enseñar técnicas para el control de la ansiedad y el afrontamiento de problemas.
- Instruir sobre habilidades sociales.

Según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), existe un diagnóstico enfermero que se adapta perfectamente a esta situación. Se trata del diagnóstico *[00150] RIESGO DE SUICIDIO*[43], que conlleva unos objetivos e intervenciones específicas que el personal de enfermería debe aplicar tras la realización de la valoración holística del paciente.

## 5.5. Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada.

Una vez que el sujeto es evaluado por un psiquiatra, éste tomará las decisiones más adecuadas para su tratamiento teniendo en cuenta la situación biopsicosocial del paciente para conseguir una recuperación lo más rápida posible en la que el individuo pueda volver a su vida normal.

**Intervenciones psico-terapéuticas.**

- **Terapias cognitivo-conductuales.**

En este tipo de terapias, el profesional realiza varias sesiones con el sujeto, con el fin de examinar y estudiar el comportamiento y modo de pensar con respecto al suicidio que el paciente ha presentado en el pasado y que presenta en la actualidad. Analiza los datos que el paciente le proporciona, e intenta relacionarlos con algún factor desencadenante que se encuentre latente dentro de la persona y trabajar sobre ello de una forma más individualizada[20]. A su vez, también intenta corregir comportamientos disfuncionales y pensamientos negativos que el individuo manifieste, para evitar que se repitan en el futuro[13].

- **Terapia interpersonal.**

Fue concebida por los doctores Klerman y Weissman de forma primigenia para el tratamiento de la depresión. No obstante, esta terapia ha sido llevada a más campos como el riesgo de suicidio[13]. Consta de 12-16 sesiones aproximadamente dependiendo de los avances del individuo. Estas sesiones se focalizan en analizar los sucesos más recientes vividos por el paciente en términos interpersonales y en la búsqueda de métodos para resolver de forma efectiva dichas situaciones[13].

- **Terapia familiar.**

Esta terapia sigue el modelo de la teoría general de sistemas para abordar los problemas del propio individuo, puesto que según este teorema, el paciente está unido a los miembros de su familia, y éstos a su vez son responsables de la creación del problema, su mantenimiento y su resolución. Por lo tanto, es necesario trabajar con el individuo y los integrantes de su familia para solventar los obstáculos hacia la rehabilitación[13].

- **Terapia psicodinámica.**

Proviene de las teorías del psicoanálisis del psiquiatra Sigmund Freud sobre el comportamiento psicológico del ser humano: el origen de los conflictos puede dimanar en una gran parte del subconsciente, por lo que se centrará en resolver esos problemas en un primer lugar[13]. La gran diferencia de esta terapia con el psicoanálisis es que ésta se focaliza en el ahora del sujeto[13].




**Tratamiento farmacológico.**

En la mayoría de ocasiones, los psiquiatras determinan que es mejor completar las terapias psico-conductuales con ayuda de alguna medicación estabilizadora del estado de ánimo, para que el individuo lleve a cabo los ejercicios terapéuticos de una manera más tranquila y animada y sea capaz de notar los resultados de su esfuerzo. Existen varios tipos de medicamentos coadyuvantes a la terapia cognitiva en el tratamiento del riesgo de suicidio como antidepresivos, litio, anticonvulsivantes o antipsicóticos[13].

Aunque la investigación en el desarrollo de nuevos fármacos se remonta a décadas anteriores, no está demostrado que los psicofármacos actuales contribuyan a la disminución de conductas suicidas[44].

Es realmente complicado saber cómo afectará un fármaco al paciente con respecto a su ideación suicida, si bien es cierto, que los psicofármacos actuarán a nivel fisiológico para mantener los niveles químicos de determinados neurotransmisores culpables del desarrollo de algún trastorno mental como puede ser la depresión[44].

También resulta llamativo ver que, aunque en las últimas décadas ha aumentado exponencialmente la prescripción de psicofármacos a la población, no se han reducido las tasas de suicidio[44].




## Conclusiones.

El suicidio es un acto que ha acompañado al ser humano durante toda su existencia. Se trata de uno de los problemas más relevantes a nivel socio-sanitario en todo el mundo, ya que alrededor de 800.000 personas se quitan la vida intencionadamente cada año.

Es difícil realizar clasificaciones sobre las conductas suicidas y la tipología de actos suicidas existentes, pero sí que es posible identificar ciertos factores de riesgo y protectores que ayudan a los profesionales de la salud a predecir con más facilidad el riesgo de suicidio de un individuo.

Los sujetos con ideaciones suicidas presentan una serie de características comunes tanto a nivel físico como psicológico, las cuáles pueden poner alerta no sólo al equipo sanitario, sino también a la población general. Resulta indispensable la colaboración de los allegados a la persona en riesgo, ya que son ellos quienes podrán detectar situaciones de alarma así como cambios significativos, para poder buscar ayuda lo antes posible.

Resulta llamativo observar que existe una serie de mitos y estereotipos alrededor del suicidio. Es necesario desmentir estas falsas creencias que la población general y algunos profesionales de la salud tienen, con el objetivo de mejorar la atención a estas personas y ayudarles de una forma más consolidada.

Con respecto a las estrategias de prevención del suicidio, son muchos los países que ya han incorporado en sus planes de actuación estrategias para tal fin, como son la restricción a medios letales, vigilancia, formación y educación, así como la creación de instituciones y/o servicios que presten ayuda psicológica a personas ante una crisis y post-crisis, entre otras.

A nivel asistencial, es importante destacar el peso que tiene la realización de una buena entrevista al paciente con ideación suicida, pues de ahí se obtendrá la mayor parte de la información para poder intervenir de una forma más individualizada, de acuerdo a las necesidades del individuo. Para ello, el equipo sanitario cuenta con diversas escalas de valoración, que complementan la información recibida en la entrevista. También es importante destacar la existencia varios modelos de intervenciones a nivel cognitivo-conductual que producen muy buenos resultados en los individuos con tendencias suicidas, además del tratamiento farmacológico por parte del equipo de salud mental.




## Referencias bibliográficas.

1. Diccionario de la Real Academia Española. 23ª ed. Edición tricentenario. Madrid: Real Academia Española; 2014. Suicidio.

2. Corpas Nogales JM. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. Gazeta de Antropología. [Internet] 2011 [Citado 01/10/15]; 27(2): 15 p. Disponible en: http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1456

3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. 2015 [Citado 01/10/2015] Nota descriptiva nº 398 [Aprox. 2 pantallas] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/

4. INE: Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Resultados Nacionales. Defunciones por causas, (lista reducida) sexo y edad [Internet]. España: INE; 2013, [Actualizado en 2013; citado 01/10/2015]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np896.pdf

5. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 281, (24/11/1995) (Artículo 143)

6. Sánchez JC, Villarreal ME, Musitu G. Capítulo 12. Ideación suicida [Internet]. Comunidad Valenciana: Universidad de Valencia; 2014 [Citado 15/11/2015]. 24 p. Disponible en: https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf

7. Legido Gil T. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicomédicos. [Tesis doctoral en internet]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2012 [Citado 18/06/2016]. 156 p. Disponible en: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Kreitman N. Can suicide and parasuicide be prevented? JRSM. [Internet] 1989 [Citado 23/06/2016]; 82: 648-52. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1292367/pdf/jrsocmed00144-0016.pdf

9. Modesto Meza J. Tentativa de suicidio y alcoholismo. Med. Hondür. [Internet] 1983 [Citado 17/11/2015]; 50: [157-160] Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1982/pdf/Vol50-3-1982-8.pdf

10. Auqui Siguencia MF, Montenegro Jiménez NO. Relación existente entre depresión e intentos autolíticos, en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia. [Informe final del trabajo de titulación de psicóloga clínica en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012 [Citado 17/11/2015]. 96 p. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1690/1/T-UCE-0007-53.pdf




11. Pinos Abad G, Morocho Malla I. Estudio del perfil suicida en pacientes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2007. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 2010 [Citado 20/12/2015]; 29(31): 31-33. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19964/1/Guido%20Pinos.%20Ismael%20Morocho.pdf

12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: 2015. Temas de salud, factores de riesgo; [Citado 27/12/15]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Ed 2012. Galicia: Avalia-t; 2012. [Citado 27/02/2016]. 381 p. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/index.html

14. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: An overview. Harv Rev Psichiatry [Internet]. 2004 [Citado 23/06/2016]; (2): 15 p. Disponible en: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.715.9766&rep=rep1&type=pdf

15. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 1ª ed. Madrid: Triacastela; 2011.

16. Kreitman N. Parasuicide. 1ª ed. Londres: John Wiley & Sons; 1977.

17. Isometsä ET. Psychological autopsy studies – a review. Eur Psychiatry [Internet]. 2001 [Citado 23/06/2016]; 16: 379-85. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Erkki_Isometsae/publication/11626788_Psychological_autopsy_studies--a_review/links/54ae877d0cf2213c5fe62c1f.pdf

18. Neeleman J. Suicidality. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2001 [Citado 23/06/2016]; 145 (11): 515-20. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11284284

19. Grupo de trabajo FEAFES. Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Ed 2006. Madrid: FEAFES; 2006.

20. Krug E, Dhalberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre violencia. Capítulo 7: La violencia autoinfringida [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2003. 200-31. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/

21. Baca García E, Fuensanta A. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud Ment [Internet]. 2014 sep [Citado 03/01/16]; 37(5): 337-80. Disponible en:



http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003

22. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Octubre 2015 [Citado 05/03/2016]. La depresión. Nota descriptiva nº 369. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

23. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de personalidad. Versión completa [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Agencia de información, evaluación y calidad en salud; junio 2011 [Citado 05/03/2016]. 323 p. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf

24. Arnalda Cebrián J, Duerto Pérez C, Estrada Fernández E, Latre Otal V, Peralta Campo M, Puyuelo Calvo, et al. Relación entre el suicidio y el dolor. Una revisión sistemática. Enfermería Científica Altoaragonesa. Diciembre 2015; (9): 2-8.

25. Ruiz-Pérez I, de Labry-Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit [Internet]. 2006 [Citado 06/03/2016]; 20 (1): 25-31. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piiItem=S0213911106715631&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoItem=S300&idiomaItem=es

26. Gómez Navarro R. Enfermería comunitaria I [Libro para clase]. Teruel: Universidad de Zaragoza; 2012.

27. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2016 [Citado 04/04/2016]; 15 (1): 90-100. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011

28. Diccionario de la Real Academia Española. 23ª ed. Edición tricentenario. Madrid: Real Academia Española; 2014. Mito.

29. Pérez Barrero SA. Los mitos sobre el suicidio, la importancia de conocerlos. En Pérez Barrero SA, Mosquera Barral D. Coordinadores. El suicidio, prevención y manejo. 2006. Madrid: Pleyades: 2006. 229-240.

30. Vélez Agosto NM. La construcción mediática del suicidio: una visión crítica de la hipótesis del contagio mediático del suicidio. Teknokultura [Internet]. 2013 [Citado 05/04/2016]; 10 (3): 535-557. Disponible en: http://teknokultura.net/index.php/tk/article/view/37




31. Álvarez Torres SM. Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). Norte de salud mental [Internet]. 2012 [Citado 08/04/2016]; 10 (42): 48-55. Disponible en: http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/92

32. Aokigahara forest [Internet]. 2013 [Citado 27/04/2016]. Disponible en: http://www.aokigaharaforest.com

33. Girard GA. Espiritualidad y suicidio ¿factor protector o factor de riesgo? En: Munist M, Suarez Ojeda EN, Krauskopf D, Silber TJ. Coordinadores. Adolescencia y resiliencia. 1ª ed. Buenos Aires: Paidos; 2006. 17p.

34. Edmonds W. Followership, sacrificial leadership and charisma: a focus group study of survivors from the Jonestown massacre [Internet]. 1ª ed. Estados Unidos: ProQuest LLC; 2011 [Citado 29/04/2016]. Disponible en: http://jonestown.sdsu.edu/wp-content/uploads/2013/10/06-07-EdmondsDissertation.pdf

35. Judge J. The black hole of Guyana. The untold story of the Jonestown massacre [Internet]. 1985 [Citado 02/05/2016]. Disponible en: http://ratical.com/ratville/JFK/JohnJudge/Jonestown.pdf

36. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2014 [Citado 02/05/2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

37. Martínez Glattli H. Evaluación del riesgo de suicidio [Internet]. Buenos Aires: Facultad de psicología. 2014 [Citado 04/05/2016]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf

38. De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida [Internet]. 1ª ed. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013 [Citado: 06/05/2016] 36 p. Disponible en: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

39. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente en salud mental. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.

40. Beltrán MC, Freyre MA, Hernández L. El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente. Ter Psicol [Internet]. 2012 [Citado 08/05/2016]; 30 (1): 5-13. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf




41. Nimeus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. La escala de evaluación del suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. Eur Phsychiatry [Internet]. 2001 [Citado 08/05/2016]; (8): 54-62. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsy/54-62.pdf

42. Ibáñez Fleta E. Factores asociados a intentos autolíticos y clases diagnósticas de enfermería en enfermos mentales hospitalizados. Biblioteca Lascasas-Fundación Índex [Internet]. 2009 [Citado 08/05/2016]; 5(1): 41p. Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0403.php

43. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

44. Martínez-Aguayo JC, Arancibia M, Silva H. Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2015 [Citado 09/05/2016]; 53 (2): 127-133. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000200008




## Anexos

***Anexo 1.*** *Escala de desesperanza de Beck.*

| Marque Verdadero o Falso según su criterio. | | |
|---|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo. | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo. | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así. | V | F |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de diez años. | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer. | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar. | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro. | V | F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio. | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro. | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro. | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mi es más desagradable que agradable. | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo. | V | F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora. | V | F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera. | V | F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro. | V | F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa. | V | F |
| 17. Es muy improbable que pueda conseguir una satisfacción real en el futuro. | V | F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto. | V | F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas. | V | F |




***Anexo 2.*** *Inventario de depresión de Beck.*

| Elija la opción que mejor refleje su opinión. |
|---|
| 1. a) No me siento triste.<br>b) Me siento triste.<br>c) Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.<br>d) Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo. |
| 2. a) No me siento especialmente desanimado hacia el futuro.<br>b) Me siento desanimado con respecto al futuro.<br>c) Siento que no tengo nada que esperar.<br>d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar. |
| 3. a) No creo que sea un fracaso.<br>b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.<br>c) Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver son un montón de fracasos.<br>d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona. |
| 4. a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía tener antes.<br>b) No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.<br>c) Ya no tengo verdadera satisfacción con nada.<br>d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo. |
| 5. a) No me siento especialmente culpable.<br>b) No me siento culpable una buena parte del tiempo.<br>c) Me siento culpable casi siempre.<br>d) Me siento culpable siempre. |
| 6. a) No creo que esté siendo castigado.<br>b) Creo que puedo ser castigado.<br>c) Espero ser castigado.<br>d) Creo que estoy siendo castigado. |
| 7. a) No me siento decepcionado de mí mismo.<br>b) Me he decepcionado a mí mismo.<br>c) Estoy disgustado conmigo mismo.<br>d) Me odio. |
| 8. a) No creo ser peor que los demás.<br>b) Me critico por mis debilidades o errores.<br>c) Me culpo siempre por mis errores.<br>d) Me culpo de todo lo malo que sucede. |




***Anexo 3.*** *Escala de ansiedad de Hamilton.*

| Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Síntomas de los estados de ansiedad.** | Ausente. | Leve. | Moderado. | Grave. | Muy grave/Incapacitante |
| **1. Estado de ánimo ansioso.** Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2. Tensión.** Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3. Temores.** A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4. Insomnio.** Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5. Intelectual (cognitivo).** Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6. Estado de ánimo deprimido.** Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7. Síntomas somáticos generales (musculares).** Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8. Síntomas somáticos generales (sensoriales).** Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9. Síntomas cardiovasculares.** Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10. Síntomas respiratorios.** Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11. Síntomas gastrointestinales.** Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12. Síntomas genitourinarios.** Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13. Síntomas autónomos.** Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |




| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).** Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 resp/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |




***Anexo 4.*** *Escala de evaluación del suicidio (SUAS).*

| Elementos. | Síntomas. | Puntuación (0-4) |
|---|---|---|
| **1. Tristeza y desaliento.** | Estado de ánimo triste; humor bajo; se siente desgraciado. | |
| **2. Hostilidad.** | Hostil; enfadado; beligerante; antagonista; movido a la ira; se le provoca fácilmente. | |
| **3. Anergia.** | Falta de energía; extenuación; cansado; fatigado; agotado; devastado; sensación de debilidad. | |
| **4. Hipersensibilidad.** | Sensible a las críticas; herido fácilmente; se siente rechazado con facilidad; se le ofende fácilmente; susceptible; se toma las cosas de modo personal; suspicacia; desconfianza. | |
| **5. Retirada emocional.** | Falta de contacto emocional; aislado socialmente; retirado; segregado; desconfiado. | |
| **6. Inventiva.** | Incapacidad para resolver problemas con eficacia; falta de flexibilidad en el afrontamiento de problemas; ve pocas opciones y alternativas. | |
| **7. Pérdida percibida de control.** | Siente falta de control sobre sí mismo o su propio destino; se siente a merced de acontecimientos externos; sensación de carecer de influencia sobre el ambiente. | |
| **8. Tensión.** | Tenso físicamente; nervioso; molesto; incapacidad para relajarse; nervioso (excluir síntomas neurovegetativos). | |
| **9. Ansiedad.** | Preocupación; preocupación excesiva por el presente o el futuro; temor; aprensión; intranquilidad (excluir síntomas neurovegetativos). | |
| **10. Preocupación somática.** | Preocupación por la salud física; preocupación por los síntomas físicos (incluidos dolores; insomnio; síntomas gastrointestinales y cardiovasculares); preocupaciones generalizadas o ideas delirantes sobre el cuerpo. | |
| **11. Impulsividad.** | Actúa por impulsos; actúa sin planificar o considerar las consecuencias; tiene impulsos irresistibles; actúa según la inspiración del momento. | |
| **12. Baja autoestima.** | Autoestima baja; sentimientos de falta de valor e inferioridad; se siente fracasado. | |
| **13. Desesperanza.** | Siente desesperanza y desesperación; perspectiva sombría; pesimista, siente que lo peor está por llegar; pensamientos nihilistas. | |
| **14. Incapacidad para sentir.** | Despersonalización; falta de sentimientos; incapacidad para sentir emociones (no es falta de empatía). | |
| **15. Baja tolerancia a la frustración.** | Se frustra o irrita fácilmente; se desanima con facilidad. | |




| | |
|---|---|
| **16. Pensamientos suicidas.** | Preocupado por pensamientos suicidas; piensa en estar muerto; piensa en las reacciones de otros al suicidio; encuentra difícil pensar en otra cosa que no sea el suicidio. |
| **17. Propósito de suicidio.** | El suicidio es una solución al problema; el suicidio es la única alternativa a los problemas; desea aliviar a los demás de la carga; reunirse con alguien que falleció (a diferencia del intento de suicidio como búsqueda de atención y manipulativo). |
| **18. Deseo de morir.** | Fuerte deseo de morir; siente que no merece vivir; siente que la vida no vale la pena. |
| **19. Falta de razones para vivir.** | Siente que no hay nadie por quien vivir; siente que no le importa a nadie; siente que la vida no tiene propósito. |
| **20. Acciones suicidas.** | Planea activamente un método para suicidarse; ha escrito una nota o informado a otros; necesita supervisión para impedir el intento. |




***Anexo 5**. Escala de riesgo de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).*

| Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma - 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo. | |
|---|---|
| 1. **Tristeza observada.** Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse. | 0. Sin tristeza.<br>1.<br>2. Parece decaído pero se anima sin dificultad.<br>3.<br>4. Parece decaído la mayor parte del tiempo.<br>5.<br>6. Parece siempre desgraciado, extremadamente abatido. |
| 2. **Tristeza declarada por el paciente.** Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos. | 0. Tristeza esporádica según las circunstancias.<br>1.<br>2. Triste o decaído pero se anima sin dificultad.<br>3.<br>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas.<br>5.<br>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable. |
| 3. **Tensión interna.** Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo. | 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera.<br>1.<br>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.<br>3.<br>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.<br>5.<br>6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible. |
| 4. **Sueño reducido.** Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien. | 0. Duerme como siempre.<br>1.<br>2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.<br>3.<br>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas.<br>5.<br>6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño. |
| 5. **Apetito reducido.** Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida | 0. Apetito normal o aumentado.<br>1.<br>2. Apetito ligeramente reducido.<br>3.<br>4. Sin apetito. La comida es insípida. |



| | |
|---|---|
| del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer. | 5.<br>6. Necesita persuasión para comer algo. |
| **6. Dificultades para concentrarse.** Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante. | 0. Ninguna dificultad para concentrarse.<br>1.<br>2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.<br>3.<br>4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.<br>5.<br>6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad. |
| **7. Lasitud.** Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias. | 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.<br>1.<br>2. Dificultades para empezar actividades.<br>3.<br>4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.<br>5.<br>6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda. |
| **8. Incapacidad para sentir.** Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida. | 0. Interés normal por el entorno y por otras personas.<br>1.<br>2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.<br>3.<br>4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.<br>5.<br>6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos. |
| **9. Pensamientos pesimistas.** Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina. | 0. Sin pensamientos pesimistas.<br>1.<br>2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.<br>3.<br>4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.<br>5.<br>6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables. |
| **10. Pensamientos suicidas.** Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una | 0. Disfruta de la vida o la acepta tal y como viene.<br>1.<br>2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros. |




| | | |
|---|---|---|
| | muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación. | 3.<br>4. Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.<br>5.<br>6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio. |




***Anexo 6**. Escala de riesgo suicida de Plutchick.*

| Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Conteste a cada pregunta con un "SÍ" o "NO". | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento para dormir? | | |
| 2. ¿Tiene dificultades para conciliar el rueño? | | |
| 3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo? | | |
| 4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? | | |
| 5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? | | |
| 6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? | | |
| 7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? | | |
| 8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? | | |
| 9. ¿Está deprimido ahora? | | |
| 10. ¿Está usted separado/divorciado/viudo? | | |
| 11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? | | |
| 12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que hubiera sido capaz de matar a alguien? | | |
| 13. ¿Ha  pensado alguna vez en suicidarse? | | |
| 14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? | | |
| 15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? | | |